Mars 2010

LES FOCUS SOLUCOM

Focus santé :
Réorganiser le Bureau des Entrées à l'hôpital pour relever les nouveaux défis

The power of simplicity
« Ce qui est simple est fort »

solucom
management & IT consulting

Focus santé :
Réorganiser le Bureau des Entrées à l'hôpital pour relever les nouveaux défis

Jusqu'ici parent pauvre au sein des centres hospitaliers, le Bureau des Entrées acquiert dans un contexte réglementaire fortement évolutif, un rôle stratégique.
Il doit relever de nouveaux défis transversaux : amélioration de la qualité de la prise en charge du patient, optimisation de la facturation et du recouvrement, rapprochement des dimensions médicales et administratives, et renforcement des compétences des agents.
Voici un éclairage sur les enjeux ainsi que nos convictions méthodologiques pour réussir ces challenges.

Le fruit d'un historique plutôt que d'une réflexion sur la recherche d'efficacité

Le mode organisationnel du Bureau des Entrées à l'hôpital s'est construit autour d'une logique budgétaire pilotée par les dépenses, dans laquelle le processus de prise en charge administrative du patient ne requérait pas d'efficience particulière, la mutation d'un agent vers ce secteur pouvant même être assimilée à une sanction. Il n'est donc pas rare de constater une image dévalorisée de la fonction exercée par les agents du Bureau des Entrées tant auprès du management de l'hôpital, du personnel soignant, qu'auprès des agents eux-mêmes. Son organisation souvent pyramidale s'accompagne d'une parcellisation des tâches. Perdure également une méconnaissance mutuelle des activités de chaque agent contribuant à la prise en charge administrative, au-delà du cloisonnement connu entre les sphères médicales et administratives.

Un environnement structurant et propice à la réorganisation

Les récentes réformes aux impacts majeurs (réforme de l'allocation de ressources/T2A [1], des prévisions budgétaires et comptables, de la réglementation de l'Assurance Maladie), les contraintes budgétaires, mais aussi les restructurations locales invitent les centres hospitaliers français à revoir leurs organisations et à mieux encadrer leurs modes de financement.

A l'aune d'un passage à la facturation directe, dont les reports successifs ont nui à la mobilisation de tous les acteurs, la mise à niveau des organisations internes des établissements initiée par le passage à la T2A, est à poursuivre au-delà des vertus réorganisatrices induites par les réformes.

Autrefois point d'accueil et d'enregistrement aux responsabilités limitées, aux activités sans réels enjeux, le Bureau des Entrées est désormais la charnière centrale de la gestion administrative du dossier patient de l'établissement. Dans un contexte de plus en plus concurrentiel, il est en effet l'élément incontournable permettant de renforcer l'attractivité de l'hôpital et de satisfaire les attentes des patients.

[1] Tarification à l'activité (instaurée par la loi de financement 2004)

[2] Système de surveillance et de prévention des erreurs et risques liés à l'identification des patients

« Il n'y a pas une cible organisationnelle unique à privilégier, car elle est fortement induite par l'histoire, l'architecture des bâtiments et le management de l'établissement »

Face aux nouvelles exigences (d'identito vigilance [2], de recherche d'exhaustivité, de qualité et de rapidité du processus de facturation / recouvrement), la prise en charge administrative est désormais un processus transversal dans lequel la coordination médico-administrative apparaît plus que jamais nécessaire.

Des cibles organisationnelles variées

Faut-il privilégier une organisation décentralisée plutôt que centralisée ? Comment maîtriser les flux et diminuer les files d'attente ? Comment atteindre une exhaustivité optimale du processus de facturation et de recouvrement ? Comment motiver les équipes, quels arbitrages entre polyvalence et spécialisation ? Quelle répartition des tâches entre les équipes médicales et administratives ?

Ces problématiques, partagées par les établissements de santé, soulignent la nécessité de faire évoluer les organisations. Qu'elles soient subies ou voulues, liées à une stratégie de recherche d'efficience ou non, il y a un mode d'emploi pour mener à bien ces transformations. On évitera ainsi l'écueil d'adopter d'emblée un modèle d'organisation cible préconçu.

La décentralisation facilite souvent le circuit du patient en minimisant les délais d'attente et en créant un accueil personnalisé. Elle est cependant fortement tributaire des contraintes architecturales et souffre du manque de personnel hospitalier.

A l'inverse, la centralisation facilite la gestion des ressources humaines mais crée souvent des goulets d'étranglement mal vécus par le patient. Si le choix de la polyvalence responsabilise les agents et favorise l'esprit d'équipe, sa mise en œuvre doit être accompagnée précisément pour permettre à chaque agent de monter en compétences.

Depuis quelques années, se dessinent aussi des organisations basées sur la notion de « guichet unique », concept séduisant et prometteur, permettant de limiter le nombre d'interlocuteurs rencontrés, la répétition des formalités administratives et le déplacement des patients et des professionnels.

Il n'y a pas une cible organisationnelle unique à privilégier, car elle est fortement induite par l'histoire, l'architecture des bâtiments et le management de l'établissement.

Quel que soit ce contexte, nous préconisons les clés méthodologiques suivantes pouvant garantir la mise en œuvre d'une organisation optimale adaptée à chaque établissement.

1. Mettre en place une équipe pluridisciplinaire structurée en mode projet

L'approche ne doit pas être parcellaire ou concentrée sur une problématique unique, technique, voire réduite au thème de la facturation. En effet, le précédent constat insiste sur le caractère transversal de la prise en charge administrative du patient et la nécessité de partager la connaissance de ce processus entre les acteurs.

Il apparaît donc primordial d'initialiser le projet d'optimisation de l'organisation en impliquant le Département d'Information Médicale, le Bureau des Entrées, les Services de Facturation, les Services Financiers et les Secrétariats Médicaux au sein d'un groupe de travail dédié.

2. Diagnostiquer et construire le plan d'action

2.1. Recenser et décrire les processus existants

Il s'agit d'effectuer un bilan des circuits en place et des activités réalisées ainsi que des rôles et des responsabilités des acteurs, en travaillant sur plusieurs axes de collecte de données :

- une vue descriptive cartographiant les acteurs et les processus,
- une vue quantitative recensant les indicateurs actuels de pilotage opérationnel,
- une vue qualitative analysant la qualité de prise en charge perçue par le patient.

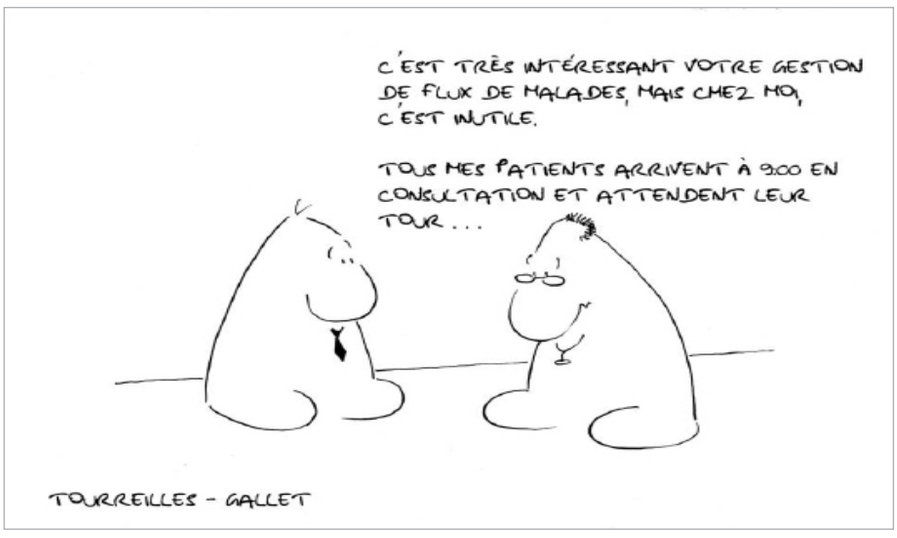
2.2 Diagnostiquer et évaluer l'efficience

Il est intéressant d'identifier précisément les forces et faiblesses des processus étudiés en les classant.

Une approche thématique les ordonnera selon 3 axes :

- ressources humaines,
- technique et fonctionnel de la facturation,
- analyse qualitative de la prise en charge administrative.

Une autre approche distinguera une vue externe à l'établissement (qualité de service perçue par le patient et les prestataires externes) ainsi qu'une vue interne (processus de prise en charge administrative du patient). La cartographie précédemment réalisée selon un niveau de détail adapté, en identifiant les rôles de chaque acteur et les interactions entre leurs activités, est une aide pédagogique précieuse pour illustrer le diagnostic et susciter l'adhésion de tous.


C'EST TRÈS INTÉRESSANT VOTRE GESTION DE FLUX DE MALADES, MAIS CHEZ MOI, C'EST INUTILE.
TOUS MES PATIENTS ARRIVENT À 9:00 EN CONSULTATION ET ATTENDENT LEUR TOUR...
TOURREILLES - GALLET

2.3 Élaborer le projet d'évolution

Les forces et faiblesses précédemment identifiées sont utilisées pour initier une proposition d'objectifs que l'établissement choisit de suivre.

Ces objectifs servent de socle à la formalisation de la cible à atteindre. Ils doivent être simples et mesurables (améliorer la gestion des flux, mieux orienter le patient, fiabiliser l'identification, améliorer la gestion de la sortie du patient...). Les actions concourant à la réalisation de ces objectifs sont identifiées, légitimées par le diagnostic, détaillées, priorisées, cadencées et donnent ainsi naissance au plan d'action.

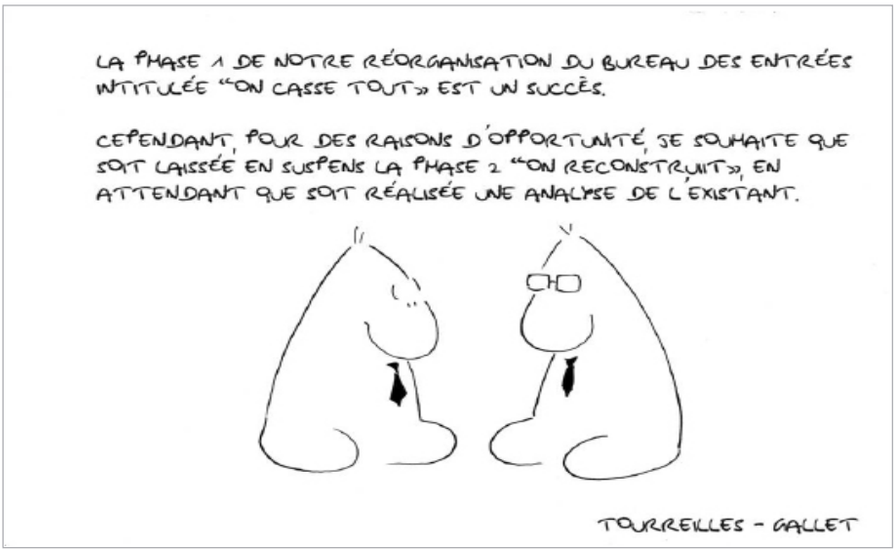
3. Construire de manière continue le pilotage de la réorganisation

Le diagnostic et l'élaboration du plan d'action ne sont que des étapes initiatrices d'une démarche à long terme.

Elles se déroulent en moyenne sur une période comprise entre 2 et 4 mois, tandis que la mise en œuvre du plan d'action peut s'échelonner sur une année selon le niveau de refonte des processus souhaité et les ressources mobilisées. Pour éviter un effet tunnel, l'exécution des actions prioritaires à forte valeur ajoutée (les « *quickwins* ») est donc à privilégier à court terme.

Afin de mener à bien le projet de réorganisation, il est indispensable non seulement de suivre l'avancement des actions mais aussi d'évaluer l'atteinte des objectifs. Cette évaluation est une étape malheureusement négligée et différée car souvent réduite à un simple contrôle. Pourtant, mesurer les effets d'un changement d'organisation permet, si besoin, de modifier la trajectoire menant à la cible choisie, via des actions correctives.

Il faut donc préparer cette étape dès la constitution du plan d'action en associant à chaque objectif au minimum un indicateur simple et mesurable. La mesure périodique permet alors de s'assurer de la bonne marche vers l'organisation choisie (polyvalence ou


LA PHASE 1 DE NOTRE RÉORGANISATION DU BUREAU DES ENTRÉES INTITULÉE "ON CASSE TOUT" EST UN SUCCÈS.
CEPENDANT, POUR DES RAISONS D'OPPORTUNITÉ, JE SOUHAITE QUE SOIT LAISSÉE EN SUSPENS LA PHASE 2 "ON RECONSTRUIT", EN ATTENDANT QUE SOIT RÉALISÉE UNE ANALYSE DE L'EXISTANT.
TOURREILLES - GALLET

spécialisation des agents, décentralisation ou centralisation, carte d'accès patient coupe file…).

Enfin, cette démarche de pilotage a des propriétés pédagogiques : elle suscite le débat entre acteurs, valorise les relations de complémentarité et montre à chacun comment sa contribution individuelle peut améliorer la prise en charge du patient au sein de l'établissement.

4. Conduire de manière continue et transversale le changement

Faire évoluer les rôles et responsabilités des parties prenantes nécessite un accompagnement au changement, au travers notamment d'un plan de communication et de formation transversal. La population des acteurs de l'hôpital est à segmenter par profil permettant de comprendre et mettre en perspective les différentes visions (administrative, médicale, médico-administrative).

Le caractère novateur de la réorganisation du Bureau des Entrées génère des attentes ainsi que des appréhensions.

Ainsi, l'exigence d'exhaustivité du recueil des informations administratives peut engendrer des réticences de la part du personnel médical, traduites par des remarques de type « la facturation directe est hors périmètre du secrétariat médical ». Ces craintes fréquentes sont dissipées par une communication adaptée à chaque cible valorisant la démarche engagée et suscitant l'adhésion du personnel concerné.

Si la réorganisation du Bureau des Entrées amène une redistribution de certaines tâches administratives, il est nécessaire d'expliciter les bénéfices attendus par et pour chaque profil d'acteurs. Par exemple, une implication accrue des secrétaires médicales dans le recueil des informations administratives dès la première prise de rendez-vous du patient améliore l'identito-vigilance.

En conclusion

Quels que soient le mode organisationnel et le système d'information choisis par l'établissement, structurer la démarche et appréhender la réorganisation du Bureau des Entrées en développant une culture de gestion de projet partagée entre les acteurs est primordiale. Mobiliser une équipe pluridisciplinaire, diagnostiquer et construire le plan d'action menant à la cible, piloter la mise en œuvre, et conduire le changement de manière continue seront les 4 facteurs de réussite vitaux. Dès l'initialisation du projet, il faut éviter l'amalgame entre évaluation et contrôle coercitif, et promouvoir la nécessité de mesurer les résultats.

Le stéréotype : « l'évaluation n'est pas culturelle en France » sera ainsi mis à mal.

Anne-Laurence Gouzien
Consultante au sein de la *practice* Transformation SI de Solucom.

Anne-Laurence Gouzien est consultante senior, spécialisée dans le secteur de la santé.
Elle a accompagné de nombreux établissements de santé privés et publics dans le déploiement de solutions de gestion administrative et médicale du patient, ainsi que dans l'optimisation des processus métiers.
Elle collabore désormais au développement de la *practice* transformation SI de Solucom au sein de l'agence Méditerranée. Elle a récemment mené le projet de réorganisation du Bureau des Entrées du CH d'Avignon et assisté le CHU de Nîmes dans l'optimisation de la prise en charge administrative du patient.

Contacts

Marie-Christine Labarre
(Paris - Lyon)

marie-christine.labarre@solucom.fr

Nathalie Méli
(Agence Méditerranée)

nathalie.meli@solucom.fr